

Deklaracja członkowska Polskiego Związku Medycznego w Szwecji
Oddział w Sztokholmie
(Polska Medicinska Föreningen i Sverige, PMFS)



Po zapoznaniu się ze statutem Związku wyrażam niniejszym chęć przystąpienia do Polskiego Związku Medycznego w Szwecji, oddział Sztokholm.

Nazwisko:.....

Imię:.....

Specjalizacja:.....

Adres do korespondencji:

Tel:

fax:

e-mail:

Deklaruję przestrzegać zasad Statutu PMFS i działać na rzecz PMFS w miarę swoich możliwości..

Podpis:

Data:

Wysokość składki członkowskiej (oddział Sztokholm) wynosi aktualnie 300 koron/rok, dla emerytów oraz studentów 150 koron/rok. **Postgiro nr 758636-5.**

W razie pytań lub wątpliwości odnośnie składek, statutu lub działalności Związku prosimy o kontaktowanie się z Zarządem PMFS: aktualne informacje znajdują się na stronie internetowej www.pmfs.org

Deklarację proszę przesłać na adres; Polska Medicinska Föreningen i Sverige
Box 26040, 100 41 Stockholm